

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Máster en Psicología General Sanitaria



**UNIVERSIDAD
DE SALAMANCA**

CAMPUS OF INTERNATIONAL EXCELLENCE

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL Y
PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE LA CALIDAD DE
VIDA EN MUJERES CON Y SIN TRASTORNO DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA**

Sandra Moreno Santolaria

Tutor:

Prof. Eugenio Carpintero Raimúndez

Junio de 2018

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Declaro que:

- 1) He redactado el trabajo “Insatisfacción con la imagen corporal y percepción subjetiva de la calidad de vida en mujeres con y sin trastorno de la conducta alimentaria” para la asignatura de Trabajo Fin de Máster en el curso académico 2017 - 2018 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes bibliográficas citadas en las Referencias bibliográficas.
- 2) He identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes indicadas, textualmente o conforme a su sentido.
- 3) El trabajo realizado, así como el material incluido en los Anexos constituye una aportación personal y que no he copiado, reproducido ni utilizado programas ya existentes. En todos los casos se ha reconocido expresamente la autoría de instrumentos de evaluación o similares, publicados.
- 4) Soy consciente de que no respetar estos extremos es objeto de sanciones universitarias y/o de otro orden, incluyendo la calificación del TFM con un 0-Suspenso.

Firma y fecha:

RESUMEN

El presente Trabajo de Fin de Máster tiene por *objetivos* analizar el nivel de insatisfacción con la imagen corporal y de calidad de vida percibida en mujeres con y sin trastorno de la conducta alimentaria (TCA), así como comprobar si el nivel de insatisfacción con la imagen corporal se relaciona con los niveles de calidad de vida percibida.

Muestra: participaron 50 mujeres voluntaria y anónimamente; 26 en la muestra clínica (con TCA) con una media de 20,08 años (DT=4,02) y 24 en la muestra no clínica (sin patología diagnosticada) con una media de 23,33 años (DT= 3,69).

Materiales: se utilizó un cuestionario de elaboración propia para los datos socio-demográficos, junto con el BSQ, el WHOQOL-BREF y el EDI-2.

Procedimiento: la muestra clínica se consiguió en colaboración con la Unidad Salmantina de Trastornos Alimentarios (USTA) y la no clínica de estudiantes de la Universidad de Salamanca.

Resultados: las mujeres con TCA presentaron mayores niveles de insatisfacción con la imagen corporal y menores de calidad de vida percibida que las mujeres sin patología. Además, la insatisfacción con la imagen corporal correlacionó de forma inversa con la calidad de vida percibida (salud física, salud psicológica y relaciones sociales).

Conclusiones: las mujeres con TCA se muestran más insatisfechas con su imagen corporal y perciben su calidad de vida como más negativa. En general, cuanto más insatisfecha se sienta la mujer con su imagen corporal, peor calidad de vida percibida tendrá en relación con su salud física y psicológica.

Implicaciones prácticas: como profesionales de la salud deberíamos prestar más atención a la satisfacción con la imagen corporal. El desarrollo de programas psicoeducativos centrados en una imagen positiva y actitudes favorables hacia el propio cuerpo en la pubertad, adolescencia y adultez joven, podría ser importante de cara a prevenir el desarrollo de TCA y para mejorar la calidad de vida.

Palabras clave: insatisfacción con la imagen corporal, calidad de vida percibida, trastornos de la conducta alimentaria.

ABSTRACT

The purpose of this Master's Thesis is to analyse the level of dissatisfaction with body image and perceived quality of life in women with and without eating disorder (ED), as well as to check whether the level of dissatisfaction with the image body is related to the levels of quality of life perceived.

Sample: 50 women participated, voluntarily and anonymously; 26 in the clinical sample (with ED) with an average of 20.08 years old ($SD = 4.02$) and 24 in the clinical sample (without diagnosed pathology) with an average of 23, 33 years old ($SD = 3.69$).

Materials: a self-created questionnaire was used for the sociodemographic data, together with the BSQ, the WHOQOL-BREF and the EDI-2.

Procedure: the clinical sample was achieved in collaboration with the Unidad Salmantina de Trastornos Alimentarios (USTA) and the non-clinical were students of the University of Salamanca.

Results: women with ED had higher levels of dissatisfaction with body image and lower perceived quality of life than women without pathology. In addition, dissatisfaction with body image correlated inversely with perceived quality of life (physical and psychological health).

Conclusions: women with eating disorders were more dissatisfied with their body image and perceived their quality of life as more negative. In general, the more dissatisfied a woman is with her body image, the worse the perceived quality of life will be related to her physical and psychological health.

Practical implications: as health professionals, we should pay more attention to satisfaction with body image. The development of psychoeducational programs focused on a positive image and favourable attitudes towards the own body in puberty, adolescence and young adulthood, could be important to prevent the development of eating disorders and to improve the quality of life.

Key words: body image dissatisfaction, perceived quality of life, eating disorders.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	7
1.1.	JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA DE ESTUDIO.....	7
1.2.	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	8
1.2.1.	Concepto de imagen corporal	8
1.2.2.	Concepto de calidad de vida.....	11
1.2.3.	Calidad de vida en relación con la imagen corporal.....	11
1.2.4.	Imagen corporal y calidad de vida en relación con los Trastornos de la Conducta Alimentaria	12
1.3.	OBJETIVOS.....	15
1.3.1.	Objetivo general	15
1.3.2.	Objetivos específicos e hipótesis.....	15
II.	METODOLOGÍA.....	16
2.1.	PARTICIPANTES	16
2.2.	MATERIALES.....	17
2.3.	PROCEDIMIENTO	18
2.4.	ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.....	19
III.	RESULTADOS.....	20
V.	CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA	26
VI.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
VII.	ANEXOS	33
	ANEXO 1: Cuestionarios dossier muestra no clínica	33

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Puntuaciones medias y desviación típica de la escala y subescalas del BSQ.....	20
Tabla 2.	Puntuaciones medias y desviación típica de las subescalas del WHOQOL-BREF.....	21
Tabla 3.	Análisis de correlación de Pearson de las escalas y subescalas del BSQ y el WHOQOL-BREF.....	23

I. INTRODUCCIÓN

1.1. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA DE ESTUDIO

A pesar de que la **alimentación** es una necesidad básica del ser humano que está relacionada con aspectos biológicos, psicológicos y socio-culturales; en los últimos años se está dando un **incremento** importante de la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria (en adelante TCA), tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo, ampliándose el rango de edad de inicio (Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Gobierno de Cantabria, 2014; Peláez, Labrador y Raich, 2005). Esto podría deberse, por un lado, a la creciente preocupación por la **delgadez**: en la sociedad occidental actual existe una gran inquietud por la apariencia física y la adquisición de una imagen corporal acorde a los cánones estéticos, potenciada por las redes sociales y los medios de comunicación; la delgadez se relaciona con el éxito, la seguridad, la aceptación social y la belleza, por lo que constituye un ideal estereotipado que presiona y afecta a la autoestima.

Por otro lado, dicho incremento también podría deberse a la creciente **insatisfacción** con la **imagen corporal**: las alteraciones de la imagen corporal forman parte de la psicopatología y los criterios diagnósticos de los TCA, además de tener un papel esencial en su inicio y mantenimiento, y de ser uno de sus factores de recaída y pronóstico. Los TCA son a menudo enfermedades crónicas a largo plazo, que conllevan considerables problemas físicos, psicológicos y sociales (American Psychiatric Association, 2013). Este impacto en la vida de la persona, unido al hecho de que son enfermedades muy heterogéneas y con una alta comorbilidad, convierte a los TCA en uno de los trastornos psicológicos más desafiantes en su tratamiento.

Igualmente, dichas alteraciones de la imagen corporal se relacionan con un deterioro de la calidad de vida, independientemente de que la persona tenga o no TCA. No obstante, el hecho de que estén presentes ampliamente en la **población general**, es decir, que la insatisfacción corporal pueda considerarse algo “normativo”, no puede llevarnos a no actuar (Mond et al., 2013).

En **España** existen pocos trabajos de investigación que pongan la atención en la imagen corporal y la relacionen con la calidad de vida percibida, y los encontrados han sido publicados en los últimos 8 años, lo que responde al creciente interés en el tema (Gómez, 2013; Jáuregui y Bolaños, 2011a, 2011b; Ureña, Blanco y Salas, 2015; Urrutia, Azpillaga, Luis de Cos y Muñoz, 2010). Por ello, este Trabajo Fin de Máster tiene como finalidad examinar dicha relación y los niveles de ambas variables en mujeres con TCA

y mujeres sin ninguna patología clínica diagnosticada. Esperamos con ello contribuir al conocimiento de la insatisfacción de las jóvenes españolas con su imagen corporal y su calidad de vida, así como aportar evidencia de la relación que existe entre dicha insatisfacción y los niveles percibidos de bienestar, de cara al diseño de programas de intervención y prevención no sólo de patología de la conducta alimentaria, sino también de todas las facetas vitales en las que impacta tener una imagen corporal negativa.

1.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.2.1. Concepto de imagen corporal

La **imagen corporal** es un constructo psicológico complejo y personal, del que se pueden encontrar numerosas definiciones en la literatura.

Cruz y Maganto (2002) citaron una revisión de Guimón (1999) en la cual este autor definió la imagen corporal a través de la integración de diferentes componentes: por un lado **aspectos perceptivo-cognitivos** (implican la apariencia corporal o física, es decir, las dimensiones, las medidas y la proporción entre las partes del cuerpo, en términos de adecuación o distorsión a la “realidad” física corporal); y **aspectos afectivo-emocionales** (contienen los factores emocionales ligados al cuerpo, es decir, la satisfacción o insatisfacción con la representación mental que se tiene del mismo).

Por otro lado, Yolanda Quilés Marcos (2008) definió la imagen corporal en base a la percepción que una persona tiene de todo su cuerpo y cada una de sus partes (autoevaluación); la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones, y el modo de comportarse derivado de los mismos. Por lo tanto, tener una **percepción** y una **actitud positiva o negativa** hacia la propia imagen corporal influye en los pensamientos, sentimientos, conductas y relaciones con los/as demás. Cash en su estudio de 1994 ya afirmaba que para predecir el efecto negativo que puede tener la imagen corporal, hay que tener en cuenta tanto los aspectos perceptivos como los afectivos de la misma, ya que es **multidimensional**: considerarla sólo en base al peso y la forma sería limitante (Cash, 2004).

Hay que tener en cuenta que la **construcción** de la imagen corporal es un proceso cambiante y dinámico, que se relaciona con los valores y juicios estéticos promovidos por cada **sociedad y cultura** en el momento en el que se vive. Actualmente, el modelo estético ideal y deseable en la sociedad occidental se relaciona con la delgadez.

Imagen corporal y género

En su reciente estudio en España con estudiantes entre 12 y 18 años, Arrayás, Tornero y Díaz (2018) encontraron que las chicas se sentían más insatisfechas con su imagen corporal que los chicos, con una mayor obsesión por la delgadez, si bien ambos coincidían con el deseo de perder peso. Resultados similares obtuvieron Baile, Guillén y Garrido (2002); Cruz y Maganto (2002): las mujeres presentaban una mayor distorsión e insatisfacción; Merino, Pombo y Godás (2001); Nayir et al. (2016); Ramos, Pérez de Eulate, Liberal y Latorre (2003): un importante número de mujeres adolescentes deseaban un cambio de imagen hacia la delgadez para mejorar su imagen física; Ramos, Rivera de los Santos y Moreno (2010): las chicas percibían más su cuerpo como obeso; y Ureña et al. (2015): las mujeres tenían un bienestar corporal más deteriorado.

Por su parte, González, Cuervo, Cachón y Zagalaz (2016) encontraron que los hombres tenían una mejor percepción de su imagen corporal que las mujeres, sobre todo los universitarios que practicaban ejercicio físico. Estos autores coincidían con Urrutia et al. en su estudio del 2010.

No obstante, a pesar de que los hombres suelen valorar su imagen corporal como más positiva y se sientan más satisfechos, no podemos olvidar que se trata de una generalización y que ellos, al igual que las mujeres, sufren alteraciones de la imagen corporal, de la misma forma que los trastornos de la alimentación afectan a su calidad de vida y funcionamiento psicosocial (Mitchison y Mond, 2015).

Por lo tanto, en relación con el **género**, pese a que la mayoría de los estudios suelen centrarse en las mujeres, se debería estudiar también la insatisfacción con la imagen corporal en los hombres, haciendo hincapié en su importancia independientemente del género.

Imagen corporal y edad

La **pubertad** y la **adolescencia** son etapas de cambios fisiológicos, emocionales, cognitivos y sociales significativos, en los que la construcción de la identidad y la propia imagen cobra una especial importancia. Al haber una mayor preocupación por la apariencia física, resultan etapas vulnerables en cuanto a los problemas con la imagen corporal y la autoestima.

No podemos ignorar tampoco la gran influencia de la sociedad, los exigentes ideales de moda y belleza, el culto a los cuerpos femeninos jóvenes y el impacto de la cultura de la delgadez en este grupo poblacional, ya que juegan un papel importante en

el desarrollo de los TCA debido a la preocupación por la apariencia física que generan (Derenne y Beresin, 2006; Meland, Haugland y Breidablik, 2007; Merino et al., 2001; Mitchison, 2014; Stice y Shaw, 2002; Toro, Castro, García, Pérez y Cuesta, 1989; Vanderreycken y Meermann, 1984). Esa distancia estética entre su imagen corporal y el modelo social genera en los/as adolescentes una gran insatisfacción, con el consiguiente deseo de imitar y asemejarse a ese modelo (Toro et al., 1989), generando habitualmente una búsqueda de control del peso no saludable que afecta al bienestar de la persona (Hidalgo, Hidalgo, Rasmussen y Montaña, 2011).

Resulta impactante el estudio de O'Dean y Caputi (2001), que comprobaron que la preocupación por la imagen corporal y el peso se da ya en edades tempranas como los 6 años, aumentando en los grupos de mayor edad (particularmente en mujeres).

Así, hay una gran evidencia empírica que resalta la importancia que tiene para los/as **jóvenes** la imagen corporal y la alimentación, llegando incluso a valorarse en función de su apariencia física: Arrayás et al., 2018; Baile et al., 2002; Bucchianeri, Arikian, Hannan, Eisenberg y Neumark-Sztainer, 2013; Cruz y Maganto, 2002; González et al., 2016; Griffiths et al., 2017; Hidalgo et al., 2011; Merino et al., 2001; Ramos et al., 2003; Ramos et al., 2010; Ureña et al., 2015; y Urrutia et al., 2010; entre otros. Otros estudios, sin embargo, ponen en evidencia que la insatisfacción con la imagen corporal se da tanto en mujeres jóvenes como mayores (Grogan, 2008; Meland et al., 2007; Mond y Hay, 2007; Mond, Rodgers, Hay y Owen, 2011).

Insatisfacción con la imagen corporal

Arrayás et al. (2018), al igual que Ramos et al. (2010), afirmaban que el motivo que mueve tanto a chicos como a chicas a realizar dietas para **adelgazar** es la percepción que tienen de su cuerpo y cómo de satisfechos/as se encuentran con él, no su peso corporal real (que queda en un segundo plano). En consonancia, diversos autores han encontrado que además del propio peso, la variable índice de masa corporal (IMC) tampoco resulta significativa a la hora de explicar la satisfacción que tienen los/as jóvenes con su cuerpo (Merino et al., 2001; Ramos et al., 2010). Para entender el porqué de esa insatisfacción corporal, Sepúlveda, Botella y León (2001) pusieron la atención en las **actitudes** y **creencias** sobre uno/a mismo/a las, más que en las medidas perceptivas.

Además, esta **insatisfacción con la imagen del propio cuerpo** (no con el cuerpo en sí) y/o una **imagen corporal distorsionada**, se han relacionado con una baja autoestima (Jáuregui y Bolaños, 2011b; Paxton, Neumark-Sztainer, Hannan y

Eisenberg, 2006; Tiggemann, 2005), comportamientos poco saludables para el control del peso, incluyendo dietas y atracones, laxantes, diuréticos, vómito inducido, ejercicio físico extremo, etc. (Dakanalis et al., 2016; Jáuregui y Bolaños, 2011b; Merino et al., 2001; Neumark-Sztainer, Paxton, Hannan, Haines y Story, 2005; Porto et al., 2015; Stice y Shaw, 2002), y síntomas depresivos (Paxton et al., 2006).

1.2.2. Concepto de calidad de vida

La **calidad de vida** es un concepto que ha ido evolucionando a lo largo de los años y que depende de la sociedad, cultura y zona geográfica, por lo que no hay una definición universal.

El Grupo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la Calidad de vida (1996) la definió como:

Manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales. (p. 385)

La calidad de vida, por lo tanto, es esencial para el bienestar social de la persona, así como para la satisfacción de las necesidades básicas. Además, está estrechamente relacionada con el estatus de salud.

1.2.3. Calidad de vida en relación con la imagen corporal

El aumento de una imagen corporal negativa, especialmente en las mujeres, ha llevado a diversos autores/as a investigar qué impacto tiene ésta en la calidad de vida. Mond et al. (2013) encontraron niveles altos de insatisfacción corporal en una amplia muestra de mujeres, los cuales se asociaban a un marcado deterioro de la **salud mental/psicológica y física** y del **funcionamiento psicosocial**, independientemente de su asociación al peso. Los mismos resultados encontraron Meland et al. (2007), que comprobaron en una muestra de adolescentes que las mujeres percibían su **salud** como más negativa, acompañándose de niveles más altos de **insatisfacción corporal**.

Griffiths et al. en 2016 y en 2017 realizaron un estudio con jóvenes de ambos géneros, y también concluyeron que a pesar de que las chicas informaban de mayores niveles de insatisfacción corporal que los chicos, esta insatisfacción estaba asociada a

una peor calidad de vida independientemente del género y de la presencia de un TCA. Esto quiere decir que las asociaciones entre imagen corporal y disminución de la calidad de vida no se explican por una asociación entre la imagen corporal y los síntomas de TCA, y que las alteraciones de la imagen corporal se pueden encontrar en la población general, confirmando la idea de que puede considerarse algo casi “normativo” (Álvarez, Nieto, Mancilla, Vázquez y Ocampo, 2007; Mond et al., 2013).

En la misma línea, Urrutia et al. (2010), Porto et al. (2015) y Nayir et al. (2016) comprobaron que la percepción de la calidad de vida y la imagen corporal se relacionaban de forma significativa y positiva: a mejor percepción de la imagen corporal, mejor percepción de la calidad de vida (y viceversa). Los mismos resultados los obtuvieron Ureña et al. (2015) en relación con la calidad de vida: cuanto más diferente consideraban los/as jóvenes su figura corporal al modelo ideal, peor era la valoración subjetiva que hacían de su bienestar.

Así mismo, Gómez (2013) en su estudio con universitarios/as afirmó que las **actitudes** adoptadas hacia el propio cuerpo meddiaban entre la insatisfacción corporal y el malestar emocional de la persona.

Se puede afirmar entonces que, aunque el impacto puede diferir en función del género, la **insatisfacción corporal** afecta a la **calidad de vida relacionada con la salud** (Bucchianeri et al., 2013; Griffiths et al., 2017; Mitchison, Mond, Slewa-Younan y Hay, 2013; Mond y Hay, 2007; Nayir et al., 2016; Porto et al., 2015; Urrutia, et al., 2010), independientemente de que haya presente una patología de desórdenes alimenticios (Griffiths et al., 2016; Mond et al., 2013) (si bien el abordaje de la imagen corporal es clave en la intervención en estas patologías).

1.2.4. Imagen corporal y calidad de vida en relación con los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Las **alteraciones de la imagen corporal** (distorsiones perceptivas e insatisfacción corporal) forman parte de la **psicopatología** de los trastornos de la conducta alimentaria y de sus **criterios diagnósticos**, juegan un papel fundamental en el inicio y mantenimiento de estos trastornos mentales, y son uno de sus factores de recaída y pronóstico.

Cruz y Maganto (2002) afirmaban que la base de estos trastornos se podía encontrar en la unión de una **percepción distorsionada** de la imagen del propio cuerpo junto con una **insatisfacción corporal**; por el simple hecho de que la persona se sintiera

insatisfecha con su imagen, no se podría saber si hay una distorsión de la misma: al tratarse de un constructo subjetivo no tiene por qué ser congruente con la “realidad física” de la persona.

Gómez (2013) recogió de Thompson (1990) en su libro *Body Image disturbance: Assesment and Treatment* los elementos principales de este constructo en relación con los TCA a nivel **perceptual**: sobreestimación de volumen corporal, imagen deformada, distorsionada o exagerada; a nivel **cognitivo-afectivo**: insatisfacción, preocupación exagerada, obsesión, distorsiones cognitivas; y a nivel **conductual**: estilo de vida organizado en torno a la preocupación corporal (evitación, exhibición...).

López (2013) puso en relevancia que la **alteración de la imagen corporal** en muchas personas se observaba cuando, a pesar de su motivación inicial de cara al tratamiento y su recuperación, encontraban dificultades para mantener su peso normal debido a dicha alteración, prediciendo, así mismo, futuras recaídas.

Es importante la evidencia de que, aunque la preocupación por el peso y la imagen corporal están presentes de forma permanente en la **población general**, como ya se ha indicado; un exceso de preocupación se asocia a mayor riesgo de padecer algún tipo de TCA (Baile et al., 2002; Castrillón, Luna y Avendaño, 2007; Cruz y Maganto, 2002; Mitchison, 2014; Porto et al., 2015).

Cash y Deagle (1997), por ejemplo, realizaron un análisis sobre la importancia de la insatisfacción corporal en personas con **anorexia** y **bulimia nerviosas**, y concluyeron que era un factor clave en ambas. Al igual que Cash y Deagle (1997), Espina, Ortego, Ochoa de Alda, Yenes y Alemán (2001) y Álvarez et al. (2007) también encontraron que las personas con bulimia presentaban una mayor insatisfacción que las personas con anorexia nerviosa. Esto puede deberse a que la insatisfacción corporal y/o una imagen corporal distorsionada junto con el deseo de adelgazar, pueden motivar a una grave restricción en la dieta y a una serie de conductas no saludables para bajar peso.

En cuanto a la comparación de personas con y sin patología de la conducta alimentaria, sólo se ha encontrado una investigación: Espina et al. (2001) concluyeron que las mujeres con TCA se sienten más insatisfechas con su imagen corporal que las mujeres sin el trastorno.

Habría que tener en cuenta que las personas con TCA también presentan con frecuencia otros problemas **comórbidos**, tales como ansiedad (Solano y Cano, 2012),

depresión o trastornos afectivos. Además, suelen darse **complicaciones médicas** que pueden poner en peligro sus vidas, como la excesiva pérdida de peso en la anorexia.

Podemos encontrar numerosos estudios que demuestran que las **personas con TCA** sufren un notable deterioro en su salud y su calidad de vida, así como en sus relaciones sociales y su funcionamiento psicosocial (American Psychiatric Association, 2013; Hidalgo et al., 2011; Jáuregui y Bolaños, 2011a; Jones, Evans, Bamford y Ford, 2008; Meland et al., 2007; Mitchison, 2014; Mond y Hay, 2007; Mond et al., 2005; Mond et al., 2011; Muenning, Jia y Lee, 2008; Padierna, Quintana, Arostegui, González y Horcajo, 2001), incluso cuando los síntomas del TCA han disminuido (Mond et al., 2005).

Por otro lado, desde hace años la calidad de vida asociada a los **trastornos mentales** ha ido cogiendo fuerza y peso, siendo un aspecto importante de cara a la evaluación del resultado del tratamiento de los mismos (Mond, Hay, Rodgers, Owen y Beumont, 2005).

Por lo tanto, los **trastornos de la conducta alimentaria** se consideran un grave **problema de salud** independientemente del género, edad y/o condición social, adquiriendo especial importancia no sólo la afectación física y la propia sintomatología, sino también su impacto psicosocial. Además, la **imagen corporal** constituye un factor decisivo para su desarrollo, lo que la pone en el punto de mira teniendo en cuenta la gran presencia de insatisfacción con la misma en la población general, su impacto y el aumento del diagnóstico de TCA en nuestra sociedad.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general

Como objetivo general de este trabajo perseguimos examinar la calidad de vida percibida en relación con la insatisfacción con la imagen corporal en personas con trastorno de la conducta alimentaria y personas sin ninguna patología clínica diagnosticada.

1.3.2. Objetivos específicos e hipótesis

Así mismo, y de forma más concreta esperamos dar respuesta a los siguientes objetivos específicos. Concretamente nos planteamos:

1. Analizar el nivel de insatisfacción con la imagen corporal de una muestra clínica y de una muestra no clínica.
2. Analizar el nivel de calidad de vida percibida de una muestra clínica y de una muestra no clínica.
3. Comprobar si el nivel de insatisfacción con la imagen corporal se relaciona con los niveles de calidad de vida percibida.

En relación con dichos objetivos, se plantean las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1: se espera encontrar que las personas con trastorno de la conducta alimentaria (muestra clínica) obtengan mayores puntuaciones en referencia a la insatisfacción con la imagen corporal.

Hipótesis 2: se espera encontrar que las personas con trastorno de la conducta alimentaria obtengan menores puntuaciones en referencia a la calidad de vida percibida.

Hipótesis 3: se espera encontrar una relación inversa entre los niveles de insatisfacción con la imagen corporal y los niveles de calidad de vida: a mayores niveles de insatisfacción (general, corporal y preocupación por el peso), menores niveles de calidad de vida percibida en los diferentes dominios (salud física, salud psicológica, relaciones sociales).

II. METODOLOGÍA

2.1. PARTICIPANTES

Se realizó un muestro no probabilístico de voluntarias, dividiéndose la muestra en dos: muestra clínica y muestra no clínica.

La *muestra clínica* está compuesta por 26 usuarias de la Unidad Salmantina de Trastornos Alimentarios (USTA), que cumplen los criterios de trastorno de la conducta alimentaria según el DSM-IV, siendo la media de edad de 20,08 (DT= 4,02) años. En el momento en que se acudió al centro para conseguir la muestra sólo había un hombre, por lo que se decidió orientar el estudio a la población femenina. La gran mayoría son estudiantes (80,8%), trabajando un 11,5% entre 1 y 39 horas semanales, mientras que un 7,7% están desempleadas y buscan empleo. En cuanto a su nivel educativo, el 23,1% tienen la ESO, el 23,1% tienen Bachiller, el 46,2% están licenciadas/graduadas y el 7,7% tienen nivel de máster. En cuanto a su estado civil, un 80,8% están solteras, un 15,4% tienen pareja y un 3,8% están casadas y/o conviven con su pareja. El 34,6% viven en estos momentos en el domicilio familiar, un 30,8% viven en un piso, pero dependen económicamente y un 34,5% viven en el piso tutelado de USTA. En relación con el TCA, un 73,1% están diagnosticadas de anorexia nerviosa, un 19,2% están diagnosticadas de bulimia nerviosa, y un 7,7% de TCA no especificado. Un 34,6% toma antidepresivos, un 3,8% ansiolíticos, un 26,29% toma una combinación de ambos y un 34,6% no toma nada.

La *muestra no clínica* está compuesta por 24 mujeres, con una media de edad de 23,33 (DT= 3,69) años. Igual que en la muestra anterior, la mayoría son estudiantes (66,7%), un 25% trabaja de 1 a 39 horas y un 8,3% está desempleadas, pero en búsqueda de empleo. En cuanto a su nivel educativo, el 8,3% tiene Bachiller, un 50% está graduada/licenciada y un 41,7% tiene nivel de máster. En cuanto a su estado civil, un 70,8% están solteras y las demás tienen pareja. El 25% vive en su domicilio familiar, mientras que un 62,5% vive en un piso dependiendo aun económicamente, un 4,2% vive en residencia de estudiantes, y un 8,3% se ha emancipado ya.

Como se puede comprobar, las características socio-demográficas de las mujeres de esta muestra son considerablemente similares a las de la muestra clínica, si bien se buscó que estas mujeres no tuvieran TCA ni otros trastornos psicológicos y/o físicos que pudiesen alterar las puntuaciones. Tampoco estaban tomando ningún tipo de medicación en el momento de la recogida de datos. Con el fin de descartar las puntuaciones de aquellas mujeres que presentasen patología psicológica y/o física, se les

aplicó el cuestionario EDI-2 y unas cuestiones elaboradas para este estudio (preguntas sencillas: ¿Tiene diagnosticada algún tipo de enfermedad?; ¿Sigue o ha seguido algún tipo de tratamiento psicológico y/o médico?; ¿Toma algún tipo de medicación en la actualidad?). Con este criterio, se descartaron las puntuaciones de dos participantes.

2.2. MATERIALES

Para este estudio se elaboraron dos dossiers: uno para la muestra clínica y otro para la no clínica. En ambos se utilizaron los cuestionarios que a continuación describiremos, con la diferencia que en el dossier de la muestra no clínica incluimos el *Eating Disorder Inventory 2nd edition* (EDI-2). Todos ellos poseen adecuadas propiedades psicométricas.

Se aplicó en primer lugar un cuestionario de elaboración propia en el que se preguntaba por los *datos generales socio-demográficos*.

A continuación, en el dossier de la muestra no clínica (Anexo 1) se incluyó el EDI-2, cuyo autor es Garner (1998), y fue adaptado al español por Corral, González, Pereña y Seisdedos en 1998. Este instrumento de autoinforme consta de 91 ítems que se evalúan con una escala de frecuencia tipo Likert de seis puntos (1= nunca, 2= pocas veces, 3= a veces, 4= a menudo, 5= casi siempre, 6= siempre). Posee una alta consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,83 y 0,92, excepto en la subescala de Miedo a la madurez que es de 0,65), y se evalúan aspectos relacionados principalmente con la anorexia y la bulimia nerviosas a través de once subescalas: Obsesión por la delgadez, Bulimia, Insatisfacción corporal, Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza interpersonal, Conciencia interoceptiva, Miedo a la madurez, Ascetismo, Impulsividad, Inseguridad social. El EDI-2 se utiliza en la Unidad Salmantina de Trastornos Alimentarios (USTA), y con él se buscó evaluar un posible TCA de cara a descartar o no las puntuaciones de cada persona de esta muestra.

Ya en común para ambos dossiers, utilizamos el *Body Shape Questionnaire* (BSQ) para evaluar la preocupación por el peso y la imagen corporal, la insatisfacción producida por el propio cuerpo, el miedo a engordar, la auto-desvalorización por la apariencia física, el deseo de perder peso y la evitación de situaciones en las que la apariencia física puede atraer la atención. Este cuestionario fue diseñado por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987) y adaptado a población española por Raich et al. (1996). Es un cuestionario de fácil aplicación y elevada validez, estando asegurada su

fiabilidad con los altos índices de consistencia interna que se obtuvieron en el estudio de adaptación (alfa de Cronbach entre 0,93 y 0,97). El BSQ consta de 34 ítems referentes a la autoimagen, que se evalúa mediante una escala de frecuencia tipo likert de seis puntos (1= nunca, 2= raramente, 3= a veces, 4= a menudo, 5= muy a menudo, 6= siempre). El rango de la prueba por lo tanto es de 34-204. De cara a los análisis estadísticos y siguiendo el estudio de Castrillón, D., Luna, I., & Avendaño, G. (2007), se dividieron los ítems en dos factores con alta fiabilidad y coherencia teórica: Insatisfacción corporal (alfa de Cronbach de 0,95) y Preocupación por el peso (alfa de Cronbach de 0,92).

Por último, con el *World Health Organization Brief Quality of Life Assessment Scale* (WHOQOL-BREF) se evaluó la calidad de vida subjetiva. El WHOQOL-BREF es un instrumento genérico derivado del WHOQOL-100, con buenos niveles de consistencia interna (alfa de Cronbach por encima de 0,8 en todos los dominios). Este cuestionario consta de 26 ítems que se evalúan mediante una escala de frecuencia tipo Likert de cinco puntos (1= muy mala/nada/muy insatisfecho, 2= regular/un poco/un poco insatisfecho, 3= normal/moderado, 4= bastante buena/bastante/bastante satisfecho, 5= muy buena/totalmente/muy satisfecho). Se consigue el perfil de calidad de vida percibida por la persona en cuatro dominios diferentes: Salud física, Salud psicológica, Relaciones sociales y Medio ambiente; pero no permite evaluar facetas individuales de estas áreas (WHO, 1996).

2.3. PROCEDIMIENTO

Como ya se ha indicado en el apartado de *Materiales*, se elaboró un dossier para cada muestra. Todas las participantes fueron informadas de las características del estudio y dieron su consentimiento para participar de forma individual, confidencial y anónima (se entregaban los dossiers en sobres cerrados y se recogían de la misma forma), sin ningún tipo de recompensa. El tiempo aproximado de aplicación fue de unos 15 minutos.

En relación con la muestra de población clínica, se contactó con la Unidad Salmantina de Trastornos Alimentarios (USTA) para pedir permiso para la colaboración en el estudio. Una vez concedido, de forma presencial se procedió a entregar los dossiers a las mujeres que allí siguen tratamiento que se prestaron voluntarias para participar.

En relación con la muestra no clínica, los sobres con los dossiers (Anexo 1) se repartieron en varias aulas de la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca con permiso de los/as profesores/as y en horario lectivo.

Los datos se recogieron entre noviembre y diciembre del 2017, repartiéndose un total de 52 cuestionarios, pero descartándose dos de la muestra no clínica por padecer ambas mujeres una enfermedad.

Por último, se agradeció a todas las participantes su colaboración, quedando a su disposición para cualquier duda o consulta.

2.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Para la toma de las medidas de este estudio se partió de dos muestras voluntarias y experimentalmente accesibles, tras el consentimiento informado.

Se utilizaron los **estadísticos descriptivos** rutinarios (frecuencias, porcentajes, medias, desviaciones típicas) para analizar las características socio-demográficas y clínicas de las muestras estudiadas.

Para comprobar si las diferencias presentadas entre ambas muestras eran estadísticamente significativas en relación con la Insatisfacción general, Insatisfacción corporal y Preocupación por el peso (BSQ) (Primera hipótesis); y en relación con la Percepción subjetiva de la Calidad de vida, Percepción subjetiva de la Salud, Salud física, Salud psicológica y Relaciones sociales (WHOQOL-BREF; no se consideró relevante la escala Medio ambiente y fue eliminada de los análisis, debido al alto porcentaje de mujeres que vivían fuera del domicilio familiar y su ciudad natal durante el curso, dependiendo económicamente de su familia) (Segunda hipótesis); se realizaron tres **pruebas t de Student** de comparación de pares de medias para muestras independientes.

Así mismo, se empleó el **coeficiente de correlación de Pearson** para determinar la asociación entre las variables objeto de interés (Insatisfacción general, Insatisfacción corporal, Preocupación por el peso, Salud física, Salud psicológica, Relaciones sociales) (Tercera hipótesis).

En este trabajo se fijó un alfa igual a 0,05 para llevar a cabo el procedimiento de aceptación y rechazo de hipótesis.

Todos los análisis estadísticos se realizaron con la versión 21 para Windows del paquete estadístico IBM SPSS Statistics (SPSS Inc., Chicago, IL).

III. RESULTADOS

A continuación, ofrecemos los resultados relativos al análisis de las variables de interés con objeto de dar respuesta a las hipótesis planteadas en este estudio.

En referencia a la *Primera hipótesis*, los resultados que se encontraron fueron los siguientes:

Tabla 1. Puntuaciones medias y desviación típica de la escala y subescalas del BSQ

	Muestra clínica	Muestra no clínica
Insatisfacción general	135,23 (40,74)	84,37 (31,39)
Insatisfacción corporal	76,77 (25,69)	42,33 (14,64)
Preocupación por el peso	58,46 (17,40)	42,04 (17,12)

Dado que la puntuación mínima que puede obtenerse en la escala general de Insatisfacción son 34 puntos y la máxima puntuación son 204 puntos, se puede observar como la muestra clínica presenta elevados niveles de insatisfacción general en comparación con los participantes de la muestra no clínica.

Dado que la puntuación mínima que puede obtenerse en la subescala de Insatisfacción corporal es de 20 puntos y la máxima puntuación es de 120 puntos, se puede observar como la muestra clínica presentó niveles elevados de insatisfacción corporal dado que superaron la puntuación de la subescala. Por su parte, los participantes de la muestra no clínica obtuvieron puntuaciones bajas con respecto a la insatisfacción corporal.

Dado que la puntuación mínima que puede obtenerse en la subescala de Preocupación por el peso es de 14 puntos y la máxima puntuación es de 84 puntos, se puede observar como la muestra clínica presentó niveles moderados de preocupación por el peso, mientras que la muestra no clínica presentó niveles medios en esta subescala.

Para comprobar si las diferencias presentadas entre ambos grupos eran estadísticamente significativas se realizaron tres pruebas t de Student de comparación de pares de medias para muestras independientes. La variable de segmentación utilizada fue el tipo de muestra (muestra clínica y muestra no clínica), mientras que las variables dependientes fueron cambiando a lo largo de los diferentes análisis, siendo estas la Insatisfacción general, la Insatisfacción corporal y la Preocupación por el peso.

En primer lugar, se realizó la comparación de medias de los dos grupos para la

variable dependiente Insatisfacción general, obteniéndose los siguientes resultados [$t_{48} = 4,914$; $p < .001$]. Dado que la significación de la prueba fue menor que el alfa fijada a priori puede concluirse que si existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Como puede comprobarse en la Tabla 1, los niveles de insatisfacción general fueron mayores en la muestra clínica.

En segundo lugar, se realizó la comparación de medias de los dos grupos para la variable dependiente Insatisfacción corporal, obteniéndose los siguientes resultados [$t_{48} = 5,757$; $p < .001$]. Dado que la significación de la prueba fue menor que el alfa fijada a priori puede concluirse que si existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Como puede comprobarse en la Tabla 1, los niveles de insatisfacción corporal fueron mayores en la muestra clínica.

En tercer lugar, se realizó la comparación de medias de los dos grupos para la variable dependiente Preocupación por el peso, obteniéndose los siguientes resultados [$t_{48} = 3,359$; $p = .002$]. Dado que la significación de la prueba fue menor que el alfa fijada a priori puede concluirse que si existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Como puede comprobarse en la Tabla 1, los niveles de preocupación por el peso fueron mayores en la muestra clínica.

En referencia a la *Segunda hipótesis*, los resultados que se encontraron fueron los siguientes:

Tabla 2. Puntuaciones medias y desviación típica las subescalas del WHOQOL-BREF

	Muestra clínica	Muestra no clínica
Percepción calidad de vida	2,92 (1,09)	3,21 (1,14)
Percepción salud	2,58 (1,14)	3,12 (1,15)
Salud física	23,00 (5,03)	26,33 (5,03)
Salud psicológica	14,77 (6,17)	18,46 (6,49)
Relaciones sociales	8,50 (3,26)	9,21 (2,75)

Dado que los dos primeros ítems del cuestionario medían percepciones subjetivas concretas, fueron analizadas de forma separada. En relación con la percepción de la calidad de vida y la salud, la puntuación mínima que podía obtenerse era 1, y la máxima 5. Como se puede observar en la Tabla 2, ambas muestras evalúan su calidad de vida y su salud como normales.

Dado que la puntuación mínima que puede obtenerse en la subescala Salud física son 7 puntos y la máxima puntuación son 35 puntos, se puede observar que ambos

grupos niveles moderados en relación a la calidad de vida en la salud física.

Dado que la puntuación mínima que puede obtenerse en la subescala Salud psicológica son 6 puntos y la máxima puntuación son 30 puntos, se puede observar que ambos grupos niveles moderados en relación a la calidad de vida en la salud psicológica, presentaron los participantes de la muestra no clínica niveles ligeramente superiores.

Dado que la puntuación mínima que puede obtenerse en la subescala Relaciones sociales son 3 puntos y la máxima puntuación son 15 puntos, se puede observar que ambos grupos niveles moderados en relación a la calidad de vida en las relaciones sociales.

Para comprobar si las diferencias presentadas entre ambos grupos eran estadísticamente significativas se realizaron cinco pruebas t de Student de comparación de pares de medias para muestras independientes. La variable de segmentación utilizada fue el tipo de muestra (muestra clínica y muestra no clínica), mientras que las variables dependientes fueron cambiando a lo largo de los diferentes análisis, siendo estas la Percepción subjetiva de la Calidad de vida, la Percepción subjetiva de la Salud, Salud física, Salud psicológica, Relaciones sociales.

En primer lugar, se realizó la comparación de medias de los dos grupos para la variable dependiente Percepción subjetiva de la Calidad de vida, obteniéndose los siguientes resultados [$t_{48} = -0,93$; $p=.371$]. Dado que la significación de la prueba fue mayor que el alfa fijada a priori puede concluirse que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

En segundo lugar, se realizó la comparación de medias de los dos grupos para la variable dependiente Percepción subjetiva de la Salud, obteniéndose los siguientes resultados [$t_{48} = -1,491$; $p=.143$]. Dado que la significación de la prueba fue mayor que el alfa fijada a priori puede concluirse que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

En tercer lugar, se realizó la comparación de medias de los dos grupos para la variable dependiente Salud física, obteniéndose los siguientes resultados [$t_{48} = -2,342$; $p=.023$]. Dado que la significación de la prueba fue menor que el alfa fijada a priori puede concluirse que si existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Como puede comprobarse en la Tabla 2, los niveles de calidad de vida en relación con la salud física fueron mayores en la muestra no clínica.

En cuarto lugar, se realizó la comparación de medias de los dos grupos para a

variable dependiente Salud psicológica, obteniéndose los siguientes resultados [$t_{48} = -2,061$; $p=.045$]. Dado que la significación de la prueba fue menor que el alfa fijada a priori puede concluirse que si existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Como puede comprobarse en la Tabla 2, los niveles de calidad de vida en relación con la salud psicológica fueron mayores en la muestra no clínica.

En quinto lugar, se realizó la comparación de medias de los dos grupos para a variable dependiente Relaciones sociales, obteniéndose los siguientes resultados [$t_{48} = -0,826$; $p=.413$]. Dado que la significación de la prueba fue mayor que el alfa fijada a priori puede concluirse que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Para comprobar la *Tercera hipótesis* se realizaron tres análisis de correlación de Pearson, ya que ambas variables fueron de naturaleza cuantitativa.

Tabla 3. Análisis de correlación de Pearson de las escalas y subescalas del BSQ y el WHOQOL-BREF

	Insatisfacción general	Insatisfacción corporal	Preocupación por el peso	Salud física	Salud psicológica	Relaciones sociales
Insatisfacción general		.973**	.943**	-.573**	-.650**	-.305*
Insatisfacción corporal			.840**	-.494**	-.579**	-.271
Preocupación por el peso				-.632**	-.690**	-.325*
Salud física					.819**	.395**
Salud psicológica						.618**

** Correlación significativa al 0,01

* Correlación significativa al 0,05

En relación a la Insatisfacción general, se observa una relación directa con la Insatisfacción corporal ($r_{xy} = .973$; $p<.01$), y se observa una relación directa con la Preocupación por el peso ($r_{xy} = .943$; $p<.01$). Esto quiere decir que mayores niveles de insatisfacción general se relacionan con mayores niveles de insatisfacción corporal y preocupación por el peso.

Por otro lado, se observa una relación inversa con la percepción de la calidad de vida en relación con la Salud física ($r_{xy} = -.573$; $p<.01$), una relación inversa con la percepción de la calidad de vida en relación con la Salud psicológica ($r_{xy} = -.650$;

$p < .01$), y una relación inversa con la percepción de la calidad de vida en relación con las Relaciones sociales ($r_{xy} = -.305$; $p < .05$). Esto puede entenderse que mayores niveles de insatisfacción general se relacionan con menores niveles de calidad de vida en relación a la salud física, salud psicológica y las relaciones sociales.

En relación a la Insatisfacción corporal, se observa una relación directa con la Preocupación por el peso ($r_{xy} = .840$; $p < .01$). Esto quiere decir que mayores niveles de insatisfacción corporal se relacionan con mayores niveles de preocupación por el peso.

Por otro lado, se observa una relación inversa con la percepción de la calidad de vida en relación con la Salud física ($r_{xy} = -.494$; $p < .01$), y una relación inversa con la percepción de la calidad de vida en relación con la Salud psicológica ($r_{xy} = -.579$; $p < .01$). Esto puede entenderse que mayores niveles de insatisfacción corporal se relacionan con menores niveles de calidad de vida en relación a la salud física y salud psicológica.

En relación a la Preocupación por el peso, se observa una relación inversa con la percepción de la calidad de vida en relación con la Salud física ($r_{xy} = -.632$; $p < .01$), una relación inversa con la percepción de la calidad de vida en relación con la Salud psicológica ($r_{xy} = -.690$; $p < .01$), y una relación inversa con la percepción de la calidad de vida en relación con las Relaciones sociales ($r_{xy} = -.325$; $p < .05$). Esto puede entenderse que mayores niveles de preocupación por el peso se relacionan con menores niveles de calidad de vida en relación a la salud física, salud psicológica y relaciones sociales.

Con respecto a la percepción de la calidad de vida en relación con la Salud física, se observa una relación directa con la percepción de la calidad de vida en relación con la Salud psicológica ($r_{xy} = .819$; $p < .01$) y una relación directa con las Relaciones sociales ($r_{xy} = .395$; $p < .01$). Esto quiere decir que mayores niveles de calidad de vida en relación con la salud física se relacionan con mayores niveles de percepción de calidad de vida respecto a la salud psicológica y relaciones sociales.

Por último, en relación a la percepción de la calidad de vida en relación con la Salud psicológica, se observa una relación directa con la calidad de vida en relación con las Relaciones sociales ($r_{xy} = .618$; $p < .01$). Esto quiere decir que mayores niveles de calidad de vida en relación con la salud psicológica se relacionan con mayores niveles de calidad de vida en relación con las relaciones sociales.

IV. DISCUSIÓN

Por la *primera hipótesis* se esperaba que las personas con trastorno de la conducta alimentaria obtuvieran mayores puntuaciones en referencia a la insatisfacción con la imagen corporal, se observa dados los resultados que esta hipótesis fue confirmada. Es decir, las personas con trastornos de la conducta alimentaria mostraron mayores niveles de insatisfacción corporal tanto de forma general como en la insatisfacción corporal y preocupación por el peso. Estos resultados coinciden con los de Espina et al. en su estudio del 2001.

En relación con la *segunda hipótesis*, por la que se esperaba encontrar que las personas con TCA obtuvieran menores puntuaciones en referencia a la calidad de vida, se observa dados los resultados que esta hipótesis fue confirmada también. Las personas sin patología obtuvieron mayores niveles de calidad de vida en dos de los tres dominios analizados: salud física y salud psicológica. Esto quiere decir que las personas con trastorno de la conducta alimentaria tienen una peor calidad de vida en relación con su salud física y psicológica. Los resultados coinciden con los de Mond et al. (2005), incluyendo que la percepción de la calidad de vida en relación con las relaciones sociales resulta similar en personas con y sin TCA.

Por último, con respecto a la *tercera hipótesis*, por la que se esperaba encontrar que a mayores niveles de insatisfacción corporal menores niveles de calidad de vida; se encontró que la insatisfacción general correlaciona de forma directa con la insatisfacción corporal y preocupación por el peso, y de forma inversa con los dominios de la calidad de vida de salud física, salud psicológica y relaciones sociales. No obstante, se encontró que el constructo de insatisfacción corporal no correlacionó con el dominio de relaciones sociales. Nuestros resultados siguen pues la misma línea que las investigaciones de Mond y Hay (2007), Urrutia et al. (2010), Bucchianeri et al. (2013), Mitchison et al. (2013), Mond et al. (2013), Porto et al. (2015), Griffiths et al. (2016), Nayir et al. (2016) y Griffiths et al. (2017), entre otros: la insatisfacción con la imagen corporal está asociada a una peor calidad de vida, independientemente del género y de la presencia o no de un TCA.

V. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA

Como ya se ha comentado, en **España** existen pocos trabajos de investigación que pongan la atención en la insatisfacción con la imagen corporal y la relacionen con la calidad de vida percibida.

Los resultados obtenidos en la investigación desarrollada a lo largo de las páginas anteriores nos permiten extraer las siguientes *conclusiones*:

- 1) Las mujeres con TCA se muestran más insatisfechas con su imagen corporal que las mujeres sin patología.
- 2) Las mujeres con TCA perciben su calidad de vida en relación con su salud física y psicológica como más negativa que las mujeres sin patología.
- 3) En general, cuanto más insatisfecha se sienta la mujer con su imagen corporal, peor calidad de vida percibida tendrá en relación con su salud física, salud psicológica y relaciones sociales.

Las considerables puntuaciones en **insatisfacción corporal** de la muestra clínica apoyan las investigaciones que ponen en relevancia que la preocupación por el peso y la imagen corporal se pueden encontrar en la **población general** (Álvarez et al., 2007; Mond et al., 2013), si bien consideramos necesarios más estudios sobre la misma en población española. Además, como ya se ha indicado, las alteraciones de la imagen del propio cuerpo forman parte de la psicopatología y criterios diagnósticos de los TCA; conformando un factor de inicio, mantenimiento, recaída y pronóstico.

Por otro lado, de acuerdo con numerosos autores (Derenne y Beresin, 2006; Griffiths et al., 2017; Mond et al., 2015; entre otros) el deterioro de la calidad de vida percibida asociado a la insatisfacción corporal debería ser considerado un **problema de salud pública**, no sólo como un mero factor de riesgo de TCA y patología comórbida.

Así, como **profesionales de la salud** deberíamos explorar y tratar la insatisfacción corporal, incluso cuando no haya ninguna patología asociada. También consideramos, con el apoyo de otros autores como Derenne y Beresin (2006), Neumark-Sztainer et al. (2005) y Stice y Shaw (2002), que podría resultar de especial importancia el desarrollo de programas de promoción, prevención y educación centramos tanto en la autoestima, como en una imagen corporal positiva y actitudes favorables hacia el propio cuerpo en la pubertad, adolescencia y adultez joven. Baile, Guillén y Garrido (2002) afirmaban que la insatisfacción corporal era susceptible de cambio, ya que derivaba de

un proceso cognitivo de comparación, autoevaluación y autorechazo que podía educarse y (re)orientarse. Por tanto, un mayor conocimiento de esta variable en la actualidad permitirá poner en marcha estrategias y propuestas preventivas en la población general (ya Vanderreycken y Meermann en 1984 hacían hincapié en la importancia que tiene la **detección precoz** en base a factores de riesgo y signos de sospecha), además de proporcionarnos información útil para llevar a cabo una intervención eficaz en los TCA.

Pero nuestro trabajo no está exento de *limitaciones*. Cabe destacar el pequeño **tamaño de la muestra** (N=50) analizada y la falta de disponibilidad de **varones** y más personas en general en la **muestra clínica**, que impide poder comparar por género y tipo de TCA (no sólo anorexia y bulimia, sino también obesidad, por ejemplo). Además, la obtención de ambas muestras se hizo a través de procedimientos de muestreo no probabilístico y no muestreo aleatorio. No obstante, es cierto que la muestra clínica y la muestra no clínica son considerablemente similares en cuanto a sus características socio-demográficas; y que la muestra clínica probablemente no sea muy diferente a la que se podría encontrar en otras partes de España y en otros centros como este. Por todo ello, los resultados de este Trabajo Fin de Máster podrían generalizarse, pero con prudencia.

Por otro lado, en algunas investigaciones se ha descubierto que las personas con **anorexia nerviosa** valoran que tienen una mejor calidad de vida subjetiva que personas con bulimia o sin TCA. Mond et al. (2015) valoran que, a pesar de que esa enfermedad es una de las más graves en cuanto a tratamiento y pronóstico, algunas características ego-sintónicas de la anorexia nerviosa, como el control rígido de la dieta y la consecuente pérdida de peso, pueden no ser vistas como un problema y ser coherentes con los ideales de la autoimagen. Además, en el caso de la anorexia nerviosa restrictiva, la pérdida de peso se consigue sin los aspectos más ego-distónicos de los TCA, como el vómito. Con esto se entiende que hay que tener cuidado a la hora de evaluar la calidad de vida percibida de las personas con anorexia nerviosa, ya que los resultados en las escalas pueden no ser fiables (esto podría haber afectado en cierta forma a los resultados obtenidos).

Asimismo, no podemos olvidar tampoco la **psicopatología** frecuentemente **comórbida** a los TCA (como la ansiedad y la depresión, no necesariamente diagnosticadas), que puede afectar también a la calidad de vida y se deberían evaluar.

Por último, añadir que nos encontramos ante un campo de estudio muy amplio. De cara a *futuras investigaciones*, consideraríamos interesante evaluar la relación entre la imagen corporal y la calidad de vida en otras **culturas no occidentales**. Además, las **características socio-demográficas** que se podrían tener en cuenta son múltiples y variadas.

Realizando la búsqueda bibliográfica, se encontró un estudio de Solano y Cano del 2012, en el que evaluaron las manifestaciones de la ansiedad y su asociación con los TCA. En su artículo, estos autores hacían referencia a la ansiedad de evaluación, que se asocia con la insatisfacción con la imagen corporal (ansiedad física social): en las relaciones sociales, por ejemplo, las personas con TCA podrían interpretar que se está evaluando su cuerpo. Diehl, Johnson, Rogers y Petrie (1998) ya habían encontrado que tanto la ansiedad física social como la preocupación por adelgazar podrían ser un predictor en el desarrollo de TCA. En relación con esto, sería interesante realizar también un estudio en el que se relacione la **ansiedad** con la imagen corporal y la calidad de vida.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). Arlington, VA, US; American Psychiatric Publishing, Inc.
- Álvarez, G., Nieto, M. L., Mancilla, J. M., Vázquez, R., & Ocampo, M. T. (2007). Interiorización del ideal de delgadez, imagen corporal y sintomatología de trastorno alimentario en mujeres adultas. *Psicología y Salud*, 17(2), 251-260.
- Arrayás, M. J., Tornero, I., & Díaz, M. S. (2018). Percepción de la imagen corporal de los adolescentes de Huelva atendiendo al género y a la edad. *Retos*, 34, 40-43.
- Baile, J. I., Guillén, F., & Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes: medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ) efecto del anonimato, el sexo y la edad. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3), 439-450.
- Bucchianeri, M. M., Arikian, A. J., Hannan, P. J., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2013). Body Dissatisfaction from Adolescence to Young Adulthood: Findings from a 10-Year Longitudinal Study. *Body Image*, 10(1), 1-7.
- Corral, S., González, M., Pereña, J., y Seisdedos, N. (1998). Adaptación española del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. En D.M. Garner (Ed.), *EDI-2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Manual*. (pp. 69-80). Madrid: TEA.
- Cash, T. F. (1994). Body-image attitudes: evaluation, investment, and effect. *Perceptual and Motor Skills*, 78(3), 1168-1170.
- Cash, T. F., & Deagle, E. A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107-125.
- Cash, T. F. (2004). Body image: past, present and future. *ELSEIVER. Body Image*, 1, 1-5.
- Castrillón, D., Luna, I., & Avendaño, G. (2007). Validación del Body Shape Questionnaire (cuestionario de la figura corporal) BSQ para la población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(1), 15-23.
- Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Gobierno de Cantabria. (2014). Plan de Salud Mental 2015-2019 de Cantabria. Recuperado el 12 de mayo del 2018: <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeSaludMentalbaja.pdf>
- Cruz, S., & Maganto, C. (2002). Alteraciones de la imagen corporal y de la conducta alimentaria en adolescentes: un estudio empírico. *Psiquis*, 23(1), 65-72.
- Dakanalis, A., Gaudio, S., Serino, S., Clerici, M., Carrà, G., & Riva, G. (2016). Body-image distortion in anorexia nervosa. *Nature reviews. Disease primers*, 2, [16026]. DOI: 10.1038/nrdp.2016.26.
- Derenne, J. L., & Beresin, E. V. (2006). Body Image, Media, and Eating Disorders. *Academic Psychiatry*, 30(3), 257-261.
- Diehl, N. S., Johnson, C. E., Rogers, R. L., & Petrie, T. A. (1998). Social physique anxiety and disordered eating: What's the connection. *Addictive Behaviours*, 23, 1-6.
- Espina, A., Ortego, M. A., Ochoa de Alda, I., Yenes, F., & Alemán, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema*, 13(4), 533-538.
- Gómez, P. M. (2013). Insatisfacción con la imagen corporal y malestar emocional: un estudio de mediación múltiple. (Trabajo Fin de Máster). Universidad Complutense de Madrid, Madrid. Recuperado el 20 de abril del 2018: <http://eprints.ucm.es/22650/1/TESINA.pdf>

- González, C., Cuervo, C., Cachón, J., & Zagalaz, M. L. (2016). Relación entre variables demográficas, la práctica de ejercicio físico y la percepción de la imagen corporal en estudiantes del grado de magisterio. *Retos*, 29, 90-94
- Griffiths, S., Hay, P., Mitchison, D., Mond, J. M., McLean, S. A., Rodgers, B., Massey, R., & Paxton S. J. (2016). Sex differences in the relationships between body dissatisfaction, quality of life and psychological distress. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 40, 518-522.
- Griffiths, S., Murray, S. B., Bentley, C., Gratwick-Scarll, K., Harrison, C., & Mond, J. M. (2017). Sex differences in quality of life impairment associated with body dissatisfaction in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 61, 77 - 82.
- Grogan, S. (2008). *Body image: Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children*. Routledge: Londres.
- Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. (1996). La gente y la salud. ¿Qué calidad de vida? *Foro Mundial de la Salud*, 17(4), 385-387.
- Hidalgo, C. A., Hidalgo, A., Rasmussen, B., & Montañó, R. (2011). Calidad de vida, según percepción y comportamientos de control del peso por género, en estudiantes universitarios adolescentes en México. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 27(1), 67-77.
- Jáuregui, I., & Bolaños, P. (2011a). Body image quality of life in eating disorders. *Patient Preference Adherence*, 5, 109-116.
- Jáuregui, I., & Bolaños, P. (2011b). Body image and quality of life in a Spanish population. *International Journal of General Medicine*, 4, 63-72.
- Jones, A., Evans, M., Bamford, B., & Ford, H. (2008). Exploring Quality of Life For Eating-Disordered Patients, *European Eating Disorders Review*, 16, 276-286.
- López, P. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria y la imagen corporal: un estudio de series de casos. (Trabajo Fin de Máster). Universitat Jaume I, Castellón. Recuperado el 18 de abril del 2018: <http://psicopedia.org/wp-content/uploads/2015/12/Trastornos-de-la-conducta-alimentaria.pdf>
- Mitchison, D. (2014). Exploring the Relationship between Eating Disorders and Quality of Life. A Symptom and Community-Based Approach. (Tesis doctoral). Western Sydney University, Sydney. Recuperado el 15 de marzo del 2018: <http://researchdirect.uws.edu.au/islandora/object/uws%3A32324>
- Mitchison, D., Mond, J. M., Slewa-Younan, S., & Hay, P. (2013). Sex differences in health-related quality of life impairment associated with eating disorder features: a general population study. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 375-80.
- Mitchison, D., & Mond, J. M. (2015). Epidemiology of eating disorders, eating disordered behaviour, and body image disturbance in males: a narrative review. *Journal of Eating Disorders*, 3(20), 1-9.
- Meland, E., Haugland, S., & Breidablik, H. J. (2007). Body image and perceived health in adolescence. *Health education research*, 22(3), 342-350.
- Merino, H., Pombo, M. G., & Godás, A. (2001). Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 13(4), 539-545.

- Mond, J. M., & Hay, P. J. (2007). Functional impairment associated with eating disorder behaviours in a community sample of women and men. *International Journal of Eating Disorders*, 40(5), 391-398.
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., Owen, C., & Beumont, P. J V. (2005). Assessing quality of life in eating disorder patients. *Quality of Life Research*, 14, 171-178.
- Mond, J. M., Mitchison, D., Latner, J., Hay, P., Owen, C., & Rodgers, B. (2013). Quality of life impairment associated with body dissatisfaction in a general population sample of women. *BMC Public Health*, 13, 920.
- Mond, J. M., Rodgers, B., Hay, P. J., & Owen, C. (2011). Mental health impairment associated with eating-disordered behaviour in a community sample of women. *Journal of Mental Health*, 20, 456-466.
- Muennig P, Jia H, Lee R, & Lubetkin E. (2008). I think therefore I am: perceived ideal weight as a determinant of health. *American Journal of Public Health*, 98(3), 501-506.
- Nayir, T., Uskun, E., Volkan, M., Devran, H., Çelik, A., & Azim, R. (2016). Does Body Image Affect Quality of Life?: A Population Based Study. *PLoS ONE*, 11(9), 1-13.
- Neumark-Sztainer, D., Paxton, S. J., Hannan, P. J., Haines, J., & Story, M. (2005). Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviours in adolescent females and males. *Journal of Adolescent Health*, 39, 244-251.
- O'Dean, J. A., & Caputi, P. (2001). Association between socioeconomic status, weight, age and gender, and body image and weight control practices of 6- to 19-years-old children and adolescents. *Health Education Research*, 16(5), 521-532.
- Padierna, A., Quintana, J. M., Arostegui, I., González, N., & Horcajo, M. J. (2001). The health-related quality of life in eating disorders. *Quality of Life Research*, 9, 667-674.
- Paxton, S. J., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J, & Eisenberg, M. E. (2006). Body dissatisfaction prospectively predicts depressive mood and low self-esteem in adolescent girls and boys. *Journal of Clinical Child Psychology*, 35(4), 539-549.
- Peláez, M. A., Labrador, F. J., & Raich, R. M. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(2), 135-148.
- Porto, D. B., Gonçalves, B., Gutierrez, D., Destro, D. G., Sanches, J., Buonani, C., & Araújo, R. (2015). Factors associated with self-assessment of body weight in women who work out at fitness centers. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, 17(2), 175-185.
- Quilés, Y. (2008). Capítulo 4: Taller de imagen corporal y alimentación. Recuperado el 24 de abril del 2018: <http://cpa.umh.es/files/2008/04/capitulo-4-taller-de-imagen-corporal-y-alimentacion.pdf>
- Raich, R. M., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I., & Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y salud*, 7, 51-66.
- Ramos, P., Pérez de Eulate, L., Liberal, S., & Latorre, M. (2003). La imagen corporal en relación con los TCA en adolescentes vascos de 12 a 18 años. *Revista de Psicodidáctica*, 16, 65-74.
- Ramos, P., Rivera de los Santos, F., & Moreno, C. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 22(1), 77-83.

- Sepúlveda, A. R., Botella, J., & León, J. A. (2001). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis. *Psicothema*, 13(1), 7-16.
- Solano, N., & Cano, A. (2012). Ansiedad en los trastornos alimentarios: un estudio comparativo. *Psicothema*, 24(3), 384-389.
- Stice, E., & Shaw, H. E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating disorders: a synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 985-93.
- Tiggemann, M. (2005). Body dissatisfaction and adolescent self-esteem: Prospective findings. *Body Image*, 2, 129-135.
- Toro, J., Castro, J., García, M., Pérez, P., & Cuesta L. (1989). Eating attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescent. *British Journal of Medical psychology*, 2, 61-70.
- Ureña, P., Blanco, L., & Salas, J. (2015). Calidad de vida, indicadores antropométricos y satisfacción corporal en un grupo de jóvenes colegiales. *Retos*, 27, 62-66.
- Urrutia, S., Azpillaga, I., Luis de Cos, G., & Muñoz, D. (2010). Relación entre la percepción de estado de salud con la práctica físicodeportiva y la imagen corporal en adolescentes. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 10, 51-56.
- Vanderreycken, W., & Meermann, R. (1984) Anorexia nervosa: is prevention possible? *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 3, 15-24.
- World Health Organization. Division of Mental Health. (1996). *WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. Geneva: WHO. Recuperado el 12 de noviembre del 2017: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf

VI.I. ANEXOS

ANEXO 1: Cuestionarios dossier muestra no clínica

APARTADO A. INFORMACIÓN GENERAL

Complete los datos escribiendo y/o señalando con una X las casillas según proceda.

1. Género:

- ☐ Hombre ☐ Mujer

2. Edad: años

3. Indique la localidad donde nació:

4. Estado civil:

- ☐ Soltero/a
☐ Casado/a o convive con pareja
☐ Divorciado/a, separado/a
☐ Viudo/a
☐ Otros (especifique):

5. Nivel educativo:

- ☐ Sin estudios o enseñanza primaria incompleta
☐ Primaria
☐ Secundaria
☐ Bachillerato; formación profesional
☐ Licenciado/graduado
☐ Máster
☐ Doctor o superior

6. Situación laboral:

- ☐ Empleado, ocupado 1 – 39 horas semanales
☐ Empleado, ocupado 40 horas o más semanales
☐ Desempleado, en busca de trabajo
☐ Desempleado, no busco trabajo

- ☐ Estudiante
- ☐ Sin posibilidad de trabajar (discapacidad, incapacidad)

7. Domicilio actual en el que vive:

- ☐ Domicilio familiar
- ☐ Residencia
- ☐ Piso (emancipado)
- ☐ Piso (con dependencia económica)
- ☐ Otros (especifique):

8. ¿Tiene diagnosticada algún tipo de enfermedad? (especifique):

9a. ¿Sigue o ha seguido algún tipo de tratamiento psicológico y/o médico?

¿Durante cuánto tiempo?

10. ¿Toma algún tipo de medicación en la actualidad? (especifique nombre, dosis y motivo):

Continúe en la siguiente página...

APARTADO 0

Marque una X en el rectángulo que hay a la derecha de cada frase, la respuesta que describa mejor lo que le ocurre.

	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
1. Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme						
2. Creo que mi estómago es demasiado grande						
3. Me gustaría volver a ser niño/a para sentirme seguro/a						
4. Suelo comer cuando estoy disgustado/a						
5. Suelo hartarme de comida						
6. Me gustaría ser más joven						
7. Pienso en ponerme a dieta						
8. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes						
9. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos						
10. Me considero una persona poco eficaz						
11. Me siento muy culpable cuando como en exceso						
12. Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado						
13. En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados Sobresalientes						
14. La infancia es la época más feliz de la vida						
15. Soy capaz de expresar mis sentimientos						
16. Me aterroriza la idea de engordar						
17. Confío en los demás						
18. Me siento solo/a en el mundo						
19. Me siento satisfecho/a con mi figura						
20. Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida						
21. Suelo estar confuso/a sobre mis emociones						
22. Preferiría ser adulto/a a ser niño/a						
23. Me resulta fácil comunicarme con los/as demás						
24. Me gustaría ser otra persona						
25. Exagero o doy demasiada importancia al peso						
26. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento						
27. Me siento incapaz						
28. He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer						
29. Cuando era pequeño/a, intentaba con empeño no decepcionar a						

mis padres y profesores						
30. Tengo amigos/as íntimos						
31. Me gusta la forma de mi trasero						
32. Estoy preocupado/a porque querría ser una persona más delgada						
33. No sé qué es lo que ocurre en mi interior						
34. Me cuesta expresar mis emociones a los/as demás						
35. Las exigencias de la vida adulta son excesivas						
36. Me fastidia no ser el/la mejor en todo						
37. Me siento seguro/a de mí mismo						
38. Suelo pensar en darme un atracón						
39. Me alegra haber dejado de ser un niño/a						
40. No sé muy bien cuando tengo hambre o no						
41. Tengo mala opinión de mí						
42. Creo que puedo conseguir mis objetivos						
43. Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes						
44. Temo no poder controlar mis sentimientos						
45. Creo que mis caderas son demasiado anchas						
46. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van						
47. Me siento hinchado/a después de una comida normal						
48. Creo que las personas son más felices cuando son niños						
49. Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso						
50. Me considero una persona valiosa						
51. Cuando estoy disgustado/a no sé si estoy triste, asustado/a o enfadado/a						
52. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas						
53. Pienso en vomitar para perder peso						
54. Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado						
55. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado						
56. Me siento emocionalmente vacío/a en mi interior						
57. Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos						
58. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto						
59. Creo que mi trasero es demasiado grande						
60. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo						
61. Como o bebo a escondidas						
62. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado						

63. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos						
64. Cuando estoy disgustado/a, temo empezar a comer						
65. La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome						
66. Me avergüenzo de mis debilidades humanas						
67. La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable						
68. Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales						
69. Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo						
70. Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento						
71. Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer						
72. Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas						
73. Soy comunicativo/a con la mayoría de la gente						
74. Las relaciones con los/as demás hacen que me sienta atrapado/a						
75. La abnegación (sacrificio de los propios deseos e intereses por otras personas) me hace sentir más fuerte espiritualmente						
76. La gente comprende mis verdaderos problemas						
77. Tengo pensamientos raros que no puedo quitarme de la cabeza						
78. Comer por placer es signo de debilidad moral						
79. Soy propenso/a a tener ataques de rabia o de ira						
80. Creo que la gente confía en mí tanto como merezco						
81. Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol						
82. Creo que estar tranquilo/a y relajado/a es una pérdida de tiempo						
83. Los demás dicen que me irrito con facilidad						
84. Tengo la sensación de que todo me sale mal						
85. Tengo cambios de humor bruscos						
86. Me siento incómodo/a por las necesidades de mi cuerpo						
87. Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los/as demás						
88. El sufrimiento te convierte en una persona mejor						
89. Sé que la gente me aprecia						
90. Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo/a						
91. Creo que realmente sé quién soy						

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA
RESPUESTA

APARTADO B

Nos gustaría saber cómo se ha sentido respecto a su figura en las ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS.

Nunca	Raramente	Alguna vez	A menudo	Muy a menudo	Siempre
1	2	3	4	5	6

1. Cuando te has aburrido, ¿te has preocupado por tu figura?	
2. Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?	
3. ¿Has pensado que tenías los muslos, caderas o nalgas demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?	
4. ¿Has tenido miedo a engordar?	
5. ¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?	
6. Sentirte lleno/a (después de una gran comida), ¿te ha hecho sentir gordo/a?	
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?	
8. ¿Has evitado correr para que tu carne no botara?	
9. Estar con chicos/as delgados/as, ¿te ha hecho fijar en tu figura?	
10. ¿Te ha preocupado que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?	
11. El hecho de comer poca comida, ¿te ha hecho sentir gordo/a?	
12. Al fijarte en la figura de otros/as chicos/as, ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?	
13. Pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la TV, lees o mantienes una conversación)?	
14. Estar desnudo/a (por ejemplo cuando te duchas), ¿te ha hecho sentir gordo/a?	
15. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?	
16. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?	
17. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gordo/a?	
18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?	
19. ¿Te has sentido excesivamente gordo/a o redondeado/a?	
20. ¿Te has sentido acomplexado/a por tu cuerpo?	
21. Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho ponerte a dieta?	
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana)?	

23. ¿Has pensado que la figura que tienes es debido a tu falta de autocontrol?	
24. ¿Te ha preocupado que otra gente vea michelines alrededor de tu cintura o estómago?	
25. ¿Has pensado que no es justo que otros/as chicos/as sean más delgados/as que tú?	
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgado/a?	
27. Cuando estas con otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo, sentándote en un sofá o en el autobús)?	
28. ¿Te has preocupado porque tu carne tenga piel de naranja (celulitis)?	
29. Verte reflejado/a en un espejo o en un escaparate, ¿te ha hecho sentir mal por tu figura?	
30. ¿Te has pellizcado zonas del cuerpo para ver cuanta grasa tenías?	
31. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo, en vestuarios comunes de piscinas o duchas)?	
32. ¿Ha tomado laxantes para sentirte más delgado/a?	
33. ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?	
34. La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio?	

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA
RESPUESTA

APARTADO C

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones.

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las DOS ÚLTIMAS SEMANAS.

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las DOS ÚLTIMAS SEMANAS, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las DOS ÚLTIMAS SEMANAS se ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida.

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5

24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las DOS ÚLTIMAS SEMANAS.

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5